

**Nome:** Heitor Rachid Calacina Araujo

**CPF:** 063.109.622-13

**Data e hora:** 23/12/2025 - 15:31:23 (GMT-3)

**1. Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 5% + THC < 0,2% + HSO + Vit. E.  
Óleo q.s.p.....30mL

10 GOTAS 3X AO DIA CONTINUO



**MEMED** - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Avenida presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, 2905 - Apartamento 302 - Bloco A

Assinado digitalmente por **Anderson Souza Silva Peres - CRM 36604 RS**

Token (Farmácia): **70mdUQ** - Código de desbloqueio (Paciente): **3475**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**Nome:** Anderson Souza Silva Peres  
**CRM:** 36604 RS  
**Endereço:** Avenida presidente Juscelino  
Kubitschek de Oliveira, 2905 -  
Apartamento 302 - Bloco A  
**Telefone:** (58) 98134-0281  
**Cidade e UF:** Pelotas - RS

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****DATA:** 23/12/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

---

**ASSINATURA**

Heitor Rachid Calacina Araujo

**CPF:** 063.109.622-13**Endereço:** Rua São Bento, 175, Manaus**Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 5% + THC &lt; 0,2% + HSO + Vit. E.

Óleo q.s.p.....30mL

10 GOTAS 3X AO DIA CONTINUO

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**Nome:**  
**RG:**  
**Endereço:**  
**Telefone:**  
**Cidade e UF:**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

---

DATA

---

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**Nome:** Anderson Souza Silva Peres  
**CRM:** 36604 RS  
**Endereço:** Avenida presidente Juscelino  
Kubitschek de Oliveira, 2905 -  
Apartamento 302 - Bloco A  
**Telefone:** (58) 98134-0281  
**Cidade e UF:** Pelotas - RS

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****DATA:** 23/12/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

---

**ASSINATURA**

Heitor Rachid Calacina Araujo

**CPF:** 063.109.622-13**Endereço:** Rua São Bento, 175, Manaus**Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 5% + THC &lt; 0,2% + HSO + Vit. E.

Óleo q.s.p.....30mL

10 GOTAS 3X AO DIA CONTINUO

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

**Nome:**  
**RG:**  
**Endereço:**  
**Telefone:**  
**Cidade e UF:**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

---

DATA

---

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO